

# **Parte I Capítulo 2 – Comprensión de Medicare**



ContenidoParte I Capítulo 2 – Comprensión de Medicare .....	1
Contenido .....	i
Capítulo 2 - Comprensión de Medicare .....	1
Objetivos de aprendizaje .....	1
Acrónimos.....	1
¿Qué es Medicare?.....	2
Medicare versus Medicaid .....	3
Partes de Medicare.....	3
Elegibilidad para Medicare para personas con discapacidades .....	6
Inscripción en Medicare .....	8
Excluirse de Medicare Parte B o D .....	10
Medicare y otras formas de seguro.....	11
Costos adicionales de Medicare.....	12
Complementos Medicare o Planes Medigap.....	13
Obtener ayuda para pagar los costos adicionales de Medicare .....	14
Medicare y el empleo .....	19
Cuándo finaliza Medicare .....	26
Derivaciones de Medicare.....	27
Programas de Asistencia y Orientación del Seguro de Salud del Estado (SHIP) .....	27
Próximos pasos .....	27



# Capítulo 2 - Comprensión de Medicare

---

## Objetivos de aprendizaje

Después de haber leído este capítulo y completado las clases y actividades asociadas durante la Capacitación Inicial de WIPA, usted debería poder:

1. Describir las operaciones básicas del programa federal de Medicare, incluidas Medicare Parte A (Hospital), Parte B (Médico), Parte C (Planes Medicare Advantage), y Parte D (cobertura de medicamentos recetados).
2. Describir los requisitos de elegibilidad para Medicare para personas con discapacidades y el Período de Calificación para Medicare (MQP, por sus siglas en inglés).
3. Describir las opciones para inscribirse en las distintas partes de Medicare, opciones para rechazar la cobertura y las sanciones a la prima por retrasar la inscripción.
4. Identificar y describir programas que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar costos adicionales, incluidos planes Medigap, Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), y el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Parte D.
5. Describir la interacción de Medicare con otros seguros médicos públicos y privados.
6. Describir los efectos que tiene el trabajo sobre la cobertura de Medicare y dos incentivos laborales que les permiten a las personas retener la cobertura de Medicare después de finalizados los pagos en efectivo; el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC, por sus siglas en inglés) y seguro hospitalario (HI, por sus siglas en inglés) Premium Hospital Insurance para las Personas con Discapacidades que Trabajan.

## Acrónimos

- ACEP – Período de Elección Coordinada Anual

- CMS – Centros para Servicios Medicare y Medicaid
- EPMC – Período Extendido de Cobertura Medicare
- EXR – Restitución Acelerada
- FPL – Nivel Federal de Pobreza
- FICA - Impuestos conforme a la Ley Federal de Contribuciones de Seguro
- GEP – Período General de Inscripción
- GHP – Plan de Salud de Grupo
- HI – Seguro de Hospital de Medicare Parte A
- IEP – Período de Inscripción Inicial
- LGHP – Plan de Salud de Grupo Amplio
- LIS – Subsidio por Bajos Ingresos
- MA – Planes de Medicare Advantage
- PDP – Plan de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D
- POMS – Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales
- QDWI – Persona Calificada con una Discapacidad que Trabaja
- QI – Persona que Califica
- SEP – Período de Inscripción Especial
- SHIP – Programa de Seguro de Salud Estatal
- SLMB – Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare
- SMI – Seguro Médico Complementario de la Parte B

## **¿Qué es Medicare?**

Medicare es el programa de seguro de salud de nuestro país para personas de 65 años o más, ciertas personas con discapacidades que se encuentran por debajo de los 65 años y personas de cualquier edad que tienen insuficiencia renal permanente. Brinda la protección básica contra el costo de atención de la salud, pero no cubre todos los gastos

médicos o el costo de la mayoría de los servicios de atención a largo plazo. Junto con los impuestos de la Ley Federal de Contribuciones de Seguro (FICA) abonados por los trabajadores y sus empleadores, los trabajadores pagan un impuesto Medicare. Este impuesto y las primas mensuales financian el programa Medicare. Los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal a cargo del programa Medicare, pero el Seguro Social determina quién es elegible para Medicare, inscribe a personas en el programa y brinda información general sobre Medicare.

## **Medicare versus Medicaid**

Muchas personas creen que Medicaid y Medicare son dos nombres diferentes para el mismo programa. En realidad, son dos programas muy diferentes. Medicaid es un programa de atención médica administrado por el estado diseñado principalmente para ayudar a aquellas personas con bajos ingresos y pocos recursos. Medicare es un derecho ganado por alguien que ha pagado al fondo de fideicomiso de Medicare a través de impuestos sobre ingresos derivados del trabajo; no está basado en las necesidades. El gobierno federal ayuda a pagar Medicaid y establece pautas generales para el programa que los estados deben seguir, pero cada estado tiene sus propias reglas acerca de quién es elegible y qué servicios cubren los programas. Por oposición, el programa Medicare original es un programa federal que tiene los mismos estándares de elegibilidad y normas de cobertura a lo largo de los 50 estados. La cobertura Medicaid es típicamente gratuita (con algunas excepciones en determinados estados) mientras que la cobertura Medicare implica primas, copagos y deducibles. Algunas personas reciben cobertura tanto de Medicaid como de Medicare. Los CMS se refieren a estas personas como “doblemente elegibles”. Brindaremos información detallada sobre los programas de Medicaid disponibles para personas con discapacidades en el Capítulo 5.

## **Partes de Medicare**

La cobertura de Medicare incluye tres partes centrales: Parte A, B y D. Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico complementario) eran las partes originales de Medicare; en consecuencia, CMS las denomina “Medicare Original”. Medicare Parte D

está dedicada a la cobertura de medicamentos recetados. Se agregó al programa de Medicare en 2006. Los Planes de Medicare Advantage (MA) de la Parte C son otra opción de plan de salud a disposición de las personas que son elegibles para Medicare. Los Planes de Medicare Advantage de la Parte C son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare.

## **Medicare Parte A**

- Cuando los beneficiarios por discapacidad del Título II pasan a ser elegibles para Medicare por primera vez, se los inscribe automáticamente en un Seguro del Hospital (HI) de Medicare Parte A. La Parte A cubre la atención de pacientes hospitalizados en un hospital o durante un tiempo limitado en un centro de enfermería especializado (luego de una estadía en el hospital). También paga por parte de la atención de salud en el hogar y atención en hospicio.
- Los beneficiarios del Seguro Social que son elegibles para Medicare Parte A no tienen la opción de rechazar esta cobertura.
- Conforme al modelo original de Medicare, para usar la Parte A, el beneficiario ubica a un proveedor médico que acepte Medicare y recibe servicios médicos de dicho proveedor; luego el proveedor le factura a Medicare. Medicare procesa reclamos y pagos para cubrir lo que permiten las reglas de Medicare.

## **Medicare Parte B**

- Cualquier persona que sea elegible para Medicare Parte A sin primas también puede inscribirse en el Seguro Médico Complementario (SMI) de Medicare Parte B. La Parte B cubre el costo de servicios de médicos y otros proveedores de atención de la salud, atención ambulatoria, atención de salud en el hogar, equipos médicos durables, y algunos servicios preventivos.
- Cuando los beneficiarios por discapacidad del Título II pasan a ser elegibles para Medicare, se los inscribe automáticamente en la Parte B, a menos que le digan al Seguro Social que



desean rechazar esta cobertura. Es posible inscribirse en la Parte A pero rechazar la Parte B.

- Conforme al modelo original de Medicare, usar la Parte B funciona del mismo modo que usar la Parte A. El beneficiario ubica a un proveedor médico que acepte Medicare y recibe servicios médicos de dicho proveedor; luego el proveedor le factura a Medicare.

## **Medicare Parte D**

- Medicare Parte D ayuda a pagar los costos de los medicamentos recetados para los beneficiarios de Medicare en los Estados Unidos.
- Cualquier persona inscrita en Medicare Parte A o Parte B también se puede inscribir en la Parte D. La inscripción en la Parte D es opcional para todos excepto las personas que también son elegibles para Medicaid. Los estados inscriben automáticamente a los beneficiarios que son elegibles para Medicaid en un plan de la Parte D cuando comienza Medicare, a menos que elijan un plan ellos mismos.
- A diferencia de las Partes A y B, el Seguro Social no procesa las inscripciones para la Parte D. Los beneficiarios deben inscribirse directamente en un Plan de Medicamentos Recetados (PDP) de Medicare Parte D o con un Plan de Medicare Advantage (Parte C; descrito más adelante). Las compañías de seguro privadas que contratan con los CMS para participar en el programa Medicare Parte D desarrollan y operan los planes de medicamentos recetados.

## **Planes de Medicare Advantage (Parte C)**

- Los CMS con frecuencia mencionan a la Parte C de Medicare como Medicare Advantage (MA). Los Planes de MA brindan una opción para que los beneficiarios de Medicare reciban sus servicios de Medicare Parte A y Parte B (y, en algunos casos, Parte D) a través de un plan de salud privado. Estas opciones de planes de salud son parte del programa Medicare federal, pero son operados por compañías de seguro privadas. Para

unirse al Plan Medicare Advantage, las personas deben tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.

- Una gran variedad de planes MA están disponibles en muchas áreas del país. Los diferentes planes de MA cubren diferentes servicios, y los costos de estos planes varían ampliamente. Las personas que se unen a uno de estos planes, en general, obtienen toda su atención de la salud cubierta por Medicare a través de aquel plan. Según el plan que compre el beneficiario, MA puede incluir la cobertura de medicamentos recetados. Los planes de Ventajas de Medicare a menudo ofrecen beneficios extra que las personas inscritas en el Plan Medicare Original no reciben.
- Las personas que se unen a un Plan de Medicare Advantage utilizan su tarjeta de seguro de salud que obtienen del plan para todos los puntos o servicios de atención de la salud.

## **Elegibilidad para Medicare para personas con discapacidades**

Los beneficiarios por discapacidad del Seguro Social (SSDI, CDB o DWB) son elegibles para inscribirse en todas las partes de Medicare después de cumplir con un período de calificación de 24 meses. El Período de Calificación para Medicare (MQP) es diferente del período de espera de beneficios por discapacidad del Seguro Social de cinco meses. El MQP de 24 meses comienza con el primer mes en el que la persona tiene derecho a un pago de beneficios por discapacidad. La cobertura de Medicare comienza el primer día del mes 25 de elegibilidad para beneficios por discapacidad del Título II, con algunas excepciones.

### **El Período de Calificación para Medicare (MQP)**

Los CWIC deben comprender cómo funciona el Período de Calificación para Medicare (MQP) para poder contestar las preguntas que tengan los beneficiarios con respecto a cuándo comenzará la cobertura de Medicare. Estos son algunos detalles importantes sobre el MQP:

- En algunos casos, el Seguro Social aprueba el beneficio por discapacidad de un beneficiario muchos meses o incluso años después de que dicha persona presentó su solicitud. Cuando

eso sucede, es posible que una persona haya cumplido con la totalidad o parte del MQP para el momento en que comienza el pago de beneficios en efectivo. Los 24 meses comienzan en el mes en que los beneficios por discapacidad eran pagaderos inicialmente, incluso si eso fue en el pasado.

- La mayoría de las personas que califican para SSDI y DWB tienen que completar un período de espera de cinco meses antes de que comiencen los pagos de beneficios. Para estos beneficiarios, el MQP comienza después de finalizado el período de espera de cinco meses.
- Los Beneficiarios por Discapacidad en la Niñez (CDB) no tienen que completar un período de espera de cinco meses antes de tener derecho a recibir beneficios, pero el derecho no puede comenzar antes de los 18 años. Por este motivo, los CDB no cumplirán con el MQP antes de cumplir los 20 años.
- No es necesario que el MQP se complete de manera consecutiva dentro de un período de derecho a beneficios. Si el Seguro Social finaliza la elegibilidad de una persona para los beneficios en efectivo y le vuelve a otorgar derecho a estos dentro de cinco años de la finalización, los meses anteriores a la elegibilidad pueden cumplir total o parcialmente con el período de calificación para Medicare. Si la discapacidad es la misma que la de la elegibilidad anterior o está relacionada con ésta, es posible que el período de tiempo para volver a tener derecho a los beneficios mencionados anteriormente sin un nuevo período de calificación sea indefinido.
- Los beneficiarios continúan cumpliendo el MQP aun cuando no están en la categoría de pago en efectivo debido a ingresos de nivel de Actividad Sustancial y Lucrativa (SGA) durante el Período de Elegibilidad Extendido (EPE). Si bien un beneficio en efectivo podría no ser pagadero en un mes en particular, se cuentan todos los meses de derecho a recibir beneficios por discapacidad a la hora de determinar cuándo la persona satisface el requisito de MQP.

La mayoría de los beneficiarios por discapacidad tienen que cumplir el MQP antes de poder inscribirse en Medicare, pero hay algunas excepciones específicas a esta regla general. Este es particularmente el

caso de personas que recibieron beneficios por discapacidad en algún momento en el pasado y posteriormente readquirieron el derecho a recibir beneficios. Estas excepciones complicadas no suelen ser parte de la orientación de un CWIC. Para más información sobre estas excepciones, puede consultar **POMS HI 00801.152 - Counting Months in Reentitlement Cases** [Cómo contar los meses en casos de readquisición de beneficios] (<https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0600801152>).

## **Inscripción en Medicare**

Las personas elegibles pueden inscribirse en Medicare solo en momentos específicos. El período de inscripción inicial (IEP) ocurre cuando la persona se convierte en elegible para Medicare por primera vez. El Período de Inscripción General (GEP) tiene lugar anualmente y el Período de Inscripción Especial (SEP) se otorga a las personas elegibles cuando se producen ciertos cambios en otra cobertura de salud. El Seguro Social inscribe automáticamente a los beneficiarios por discapacidad que viven en EE. UU. (excepto Puerto Rico) en Medicare Parte A y Parte B cuando pasan a ser elegibles para Medicare por primera vez.

### **Período de Inscripción Inicial (IEP)**

El período de inscripción inicial es la primera oportunidad que tiene una persona para inscribirse en Medicare sobre la base de los beneficios por discapacidad. Es un período de siete meses que comienza tres meses antes del primer mes de la posible cobertura de Medicare y termina tres meses después. Los CMS envían una tarjeta Medicare automáticamente. Si una persona quiere las dos partes de Medicare, sólo necesita guardar la tarjeta y la cobertura Partes A y B de Medicare comenzará automáticamente. Si una persona no quiere recibir Medicare Parte B, regresa la tarjeta firmada a quien la envió. Regresar la tarjeta indica negación de la cobertura de la Parte B. Si tienen derecho a recibir beneficios, los beneficiarios no pueden rechazar la Parte A. Los beneficiarios también pueden elegir inscribirse en un Plan de Medicare Advantage (Parte C) o en un Plan de Medicamentos Recetados (Parte D) durante el IEP.

## **Período de Inscripción General (GEP) o Período de Inscripción Abierta**

Cada año calendario, las personas elegibles que no tienen Parte A o B de Medicare pueden inscribirse durante el Período de Inscripción General (GEP). El GEP dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Cuando las personas se inscriben durante el GEP, la cobertura de Medicare comienza el primer día del mes siguiente al mes en que se inscribió. Para Medicare Partes C y D, el Período de Inscripción Abierta anual tiene lugar entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## **Período de Inscripción Especial (SEP)**

Una vez que finaliza el Período de Inscripción Inicial de un beneficiario, podrá tener la oportunidad de registrarse en Medicare durante un Período de Inscripción Especial (SEP). Estos SEP permite a ciertas personas registrarse para la Parte A y/o la Parte B en cualquier momento siempre que cumplan con ciertos criterios.

Hay varias circunstancias que pueden desencadenar SEP. Uno de los SEP más comunes que utilizan los beneficiarios que trabajan (o que trabajaban) cubre a las personas inscritas en un plan de salud grupal. Para ser elegible para este SEP, la persona debe estar inscrita actualmente o anteriormente en un plan de salud de grupo (GHP) o un plan de salud de grupo amplio (LGHP). La cobertura debe estar basada en el empleo de la persona o en el empleo de un cónyuge. Este SEP le permite a la persona inscribirse en la Parte B durante cualquier mes en el que aún esté cubierta por el GHP o LGHP, y continúa durante un período de ocho meses que comienza en el momento que suceda primero de los siguientes:

- El mes después de la finalización del empleo; o
- El mes después de la finalización del seguro del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

El SEP para Parte C y D conlleva un conjunto diferente de circunstancias. La lista de circunstancias está disponible en la Publicación del CMS **"Understanding Medicare Part C and D Enrollment Periods"** [Comprender los Períodos de Inscripción en Medicare Parte C y D], que está disponible en línea

(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11219-Understanding-Medicare-Part-C-D.pdf>).

## **Período de elección coordinada anual**

Medicare utiliza un período de elección anual adicional para los cambios a Medicare Parte D y Medicare Parte C (planes de Ventajas de Medicare). Dicho período se denomina el Período de Elección Coordinada Anual (ACEP). Durante el ACEP, los beneficiarios de Medicare pueden cambiar los planes de medicamentos recetados, pueden cambiar los planes de Ventajas de Medicare, volver a Medicare original o inscribirse en un Plan de Medicare Advantage por primera vez. El ACEP dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

## **Excluirse de Medicare Parte B o D**

Los beneficiarios del Seguro Social que son elegibles para Medicare Parte A no tienen la opción de rechazar esta cobertura. Todas las personas elegibles se inscriben en la Parte A. Las Partes B y D de Medicare son opcionales. Cuando una persona se inscribe por primera vez en Medicare, el paquete de información que recibe por correo incluye instrucciones sobre cómo rechazar la cobertura de la Parte B. Básicamente, la persona debe simplemente enviar la tarjeta de Medicare firmada al remitente. Regresar la tarjeta indica negación de la cobertura de la Parte B. Los planes de Medicare Parte C (Medicare Advantage) son opcionales, pero requieren que un beneficiario esté inscrito en las Partes A y B. Para más información sobre **cómo inscribirse en un Plan de Medicare Advantage**, consulte el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/joining-a-health-or-drug-plan>).

La inscripción en la Parte D no es automática en la mayoría de los casos, ya que hay muchos planes diferentes para elegir. Los Beneficiarios eligen un plan que satisface sus necesidades y luego completan la documentación de inscripción. Si alguien no quiere la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, simplemente no tienen que inscribirse en un plan de la Parte D. Para más información sobre **cómo inscribirse en un plan de la Parte D**, visite el Sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/how-to-get-prescription-drug-coverage>).

Los beneficiarios que rechacen la Parte B o Parte D cuando son elegibles por primera vez para inscribirse quizás deban pagar una prima mensual más alta si optan por inscribirse más adelante. Los CMS se refieren a esto como la multa de prima, o prima con recargo. La prima mensual de la Parte B aumenta en un 10% por cada período completo de 12 meses que el beneficiario podría haber tenido Parte B pero no se inscribió en ella. Debido a las disposiciones del Período de Inscripción Especial, los beneficiarios están protegidos contra esta multa en cualquier mes en que el beneficiario tenga seguro médico patrocinado por el empleador (a través de su propio empleador o del empleador de su cónyuge). Para más información sobre **la multa de prima de la Parte B**, consulte el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/part-b-costs/part-b-late-enrollment-penalty>).

Los beneficiarios que decidan inscribirse en la Parte D tarde, y que no tengan otra cobertura comprobable, también podrían tener una prima más alta. Para más información sobre la **multa por inscripción tardía en la Parte D**, visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty>).

## **Medicare y otras formas de seguro**

Cuando los beneficiarios tienen Medicare y otro seguro médico (por ejemplo, de un plan de salud de grupo, cobertura de retirados, o Medicaid), cada tipo de cobertura se denomina "pagador". Cuando hay más de un pagador, las reglas de "coordinación de beneficios" deciden quién paga primero. El "pagador primario" paga lo que debe en facturas médicas primero, y luego envía el resto al "pagador secundario" (pagador suplementario) para que pague. Las personas que cuenten con otros tipos de seguro además de Medicare deben informárselo a su proveedor de atención médica (es decir, médicos, hospitales y farmacias) para asegurarse de que procesen las facturas médicas correctamente. Los beneficiarios también deben avisar a Medicare si tienen algún otro tipo de seguro para garantizar que los beneficios se coordinen entre pagadores.

Es importante comprender de qué manera interactúa Medicare con otros tipos de seguro, porque puede afectar las decisiones que toman

los beneficiarios con respecto a la inscripción en las distintas partes de Medicare. Los beneficiarios pueden realizar preguntas sobre estos asuntos, y los CWIC deben estar preparados para brindar respuestas o derivaciones a fuentes de información confiables. Los tipos de seguro más comunes con los que posiblemente se encuentre incluyen Medicaid, Atención de Salud de la Administración de Veteranos (VA), TRICARE y seguro de grupo del empleador u otro seguro grupal. Cuando se encuentre con un beneficiario que tenga otros tipos de seguro médico, asegúrese de investigar de qué manera ese tipo de seguro puede interactuar con Medicare. Una excelente fuente de información sobre este tema es **Medicare and Other Benefits: Your Guide to Who Pays First** [Medicare y otros beneficios: guía para saber quién paga primero] (<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/02179-Medicare-and-other-health-benefits-your-guide-to-who-pays-first.pdf>).

## Costos adicionales de Medicare

Al igual que la mayoría los distintos seguros médicos, Medicare supone ciertos costos adicionales. Estos costos consisten en primas, coseguro, copagos y deducibles.

- **Primas:** En el programa de Medicare, en la mayoría de los casos la Parte A no conlleva una prima. Las Partes B, D y C de Medicare requieren el pago de una prima mensual. Los importes de prima mensual varían, y típicamente cambian al principio de cada año calendario. Puede encontrar detalles sobre **las primas de Medicare o las distintas partes de Medicare** (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/medicare-costs-at-a-glance>).

El Seguro Social deduce automáticamente las primas de la Parte B para los beneficiarios que reciben un pago por discapacidad del Seguro Social. Los beneficiarios también pueden elegir que se retengan las primas de las Partes C y D del pago mensual del Seguro Social, pero eso no es automático. Las personas elegibles que ya no reciben un pago mensual recibirán una factura por sus primas de Medicare. Puede obtener más información sobre **el pago de facturas de Medicare** (<https://www.medicare.gov/basics/costs/pay-premiums>).



- **Coseguro y copagos:** El coseguro es el porcentaje de una factura médica que paga la persona. Un copago es un monto fijo que los abonados a un plan de salud pagan por el uso de servicios médicos específicos. Todas las partes de Medicare requieren estos tipos de costos adicionales, y estos costos varían por parte. Puede encontrar **información detallada sobre el coseguro y los copagos de Medicare** para el año en curso consultando el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/medicare-costs-at-a-glance>).
- **Deducibles:** Un deducible es la suma de dinero que una persona es responsable de pagar antes de que el plan de salud comience a ayudar a pagar los artículos o servicios cubiertos. Puede encontrar **información detallada sobre los deducibles de Medicare** para el año en curso consultando el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/medicare-costs-at-a-glance>).

## Complementos Medicare o Planes Medigap

Dado que Medicare supone el pago de deducibles y coseguro, algunas personas terminan con muchos gastos adicionales. Las pólizas de seguro complementario de Medicare, también denominadas “Planes Medigap”, ayuda a llenar vacíos en los servicios y cubrir determinados gastos adicionales. Estas son pólizas de seguro privadas que los beneficiarios de Medicare tienen la opción de comprar, pero cuya existencia es obligatoria en cada estado. Una amplia gama de planes está disponible y los planes varían de manera significativa en el monto de cobertura que prestan y cuánto les cuesta. Las compañías de seguro deben vender pólizas Medigap “estandarizadas”, de modo que las personas puedan compararlas con facilidad. Otra consideración es que los beneficiarios de Medicare también pueden reducir sus gastos adicionales inscribiéndose en un Plan de Medicare Advantage. Para algunos beneficiarios, esta puede ser una mejor opción que comprar una póliza Medigap, depende de las necesidades específicas de atención de la salud que tenga la persona.

Los beneficiarios pueden ir a la **Herramienta de Buscador de Planes de Medicare** (<https://www.medicare.gov/medigap-supplemental->

insurance-plans/#/m?lang=en&year=2024) para encontrar herramientas electrónicas interactivas para comparar diversos planes de Medicare y Medigap. Para obtener más información sobre las pólizas Medigap, incluso cómo decidir si una póliza Medigap es adecuada y qué cubren las pólizas Medigap, puede consultar la publicación titulada **Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare** [Elegir una póliza Medigap: guía al seguro de salud para personas con Medicare] (<https://www.medicare.gov/publications/02110-medigap-guide-health-insurance.pdf>).

## **Obtener ayuda para pagar los costos adicionales de Medicare**

Si bien los planes Medigap son un recurso valioso para beneficiarios de Medicare, para algunos beneficiarios, este tipo de seguro complementario será imposible de pagar. Afortunadamente, hay varias opciones adicionales para ayudar a los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos a pagar los gastos adicionales de Medicare.

### **Opción 1: Establecer elegibilidad para Medicaid**

Los inscriptos en Medicare que también son elegibles para Medicaid tienen una manera efectiva de cubrir los costos adicionales sin inscribirse en un plan Medigap. Si un beneficiario tiene Medicaid, por lo general las compañías de seguros tienen prohibido vender a la persona un plan Medigap. Esto se debe a que Medicaid actuará como seguro secundario a Medicare y cubrirá los tipos de costos que por lo general cubriría Medigap, dentro de los límites de artículos y servicios incluidos en el Plan de Medicaid del Estado. Medicaid cubrirá la mayoría de los costos asociados con copagos, coseguro o deducibles. Según el plan estatal de Medicaid, es posible que Medicaid también cubra la prima de Medicare Parte B. Brindamos información detallada sobre Medicaid en el Capítulo 4.

### **Opción 2: Programas de Ahorros de Medicare**

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP) son programas administrados por Medicaid para personas que tienen Medicare y tiene ingresos y recursos limitados. Estos programas ayudan a ciertas

personas calificadas a pagar la cobertura de Medicare pagando la totalidad o parte de los gastos adicionales de Medicare Parte A y B (primas, copagos, coseguro o deducibles). Los MSP ayudan con los costos de la Parte D.

A nivel federal, el CMS brinda supervisión regulatoria de los MSP (por ejemplo, guía e interpretación de políticas). Una agencia estatal designada, que por lo general es la agencia que administra Medicaid, es responsable de operar los MSP a nivel local. Estas agencias aceptan solicitudes de MSP, determinan quiénes son elegibles y realizan redeterminaciones de elegibilidad. En algunos estados, este programa quizás no se llame Programa de Ahorros de Medicare, sino que tenga un nombre diferente.

Dado que los MSP están destinados a ayudar a personas que tienen bajos ingresos y pocos activos, si es que tienen alguno, las determinaciones de elegibilidad involucran comprobaciones de ingresos. Para ser elegible para un MSP, los beneficiarios deben tener ingresos contables y recursos por debajo de los límites fijados por la agencia estatal de Medicaid. El término "ingreso contable" se refiere a los ingresos que quedan después de aplicadas todas las deducciones y exclusiones aplicables. Las leyes que promulgaron el Programa de Ahorros de Medicare establecieron porcentajes del Nivel Federal de Pobreza (FPL) como los límites de ingresos para los MSP, pero algunos estados han adoptado utilizar montos más altos. Además, algunos estados han optado por usar límites de recursos más altos, o no usar límites.

**Nota sobre los FPL:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) establece las pautas de pobreza anual que se utilizan ampliamente como una medición de pobreza para los efectos administrativos, por ejemplo, al determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas federales o estatales. Por lo general, se refiere vagamente a las pautas de pobreza como el "nivel federal de pobreza" (FPL). Los montos de FPL se basan en el tamaño de la familia. Cada año, hay un grupo de cifras de FPL para los 48 estados contiguos y otro grupo de cifras más altas para Alaska y Hawái. Los FPL (o porcentajes de ellos) se utilizan consistentemente como un estándar para elegibilidad de ingresos para diversos programas de Medicaid de manera que hacemos referencia a ellos en reiteradas

oportunidades en el presente. Encontrará más **información sobre los FPL** disponible en el sitio web del DHHS (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>).

Los Programas de Ahorros de Medicare incluyen cuatro programas diferentes. Cada programa tiene ingresos y límites de recursos diferentes. No todos los MSP cubren los mismos gastos de Medicare. Cubriremos tres MSP en esta sección, ya que son los que los CWIC verán con mayor frecuencia. El cuarto MSP está cubierto en la sección del capítulo sobre Medicare y el empleo.

### **Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB)**

De los cuatro Programas de Ahorros de Medicare, QMB (a veces conocido como "quimby") brinda la mayor cantidad de apoyo con gastos financieros. Si un beneficiario por discapacidad del Título II es elegible para QMB, la agencia de Medicaid estatal pagará su prima de la Parte B, así como también sus deducibles y coseguros de las Partes A y B. Para ser elegible, un beneficiario debe tener Medicare Parte A, tener un ingreso contable de hasta el 100 por ciento del FPL actual (o un límite más alto fijado por el estado), tener recursos contables por debajo de ciertos límites establecidos y cumplir con los requisitos o las condiciones no financieros generales de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia).

### **Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB)**

Las personas elegibles conforme a SLMB (también denominado "slimby") recibirán ayuda para pagar su prima de la Parte B. SLMB no cubre otros gastos de Medicare, como copagos, coseguro o deducibles. Para ser elegibles para SLMB, los beneficiarios deben tener Medicare Parte A, tener un ingreso contable que supere el 100 por ciento pero sea inferior al 120 por ciento del FPL actual (o un límite más alto fijado por el estado), tener recursos contables por debajo de ciertos límites establecidos y cumplir con los requisitos o las condiciones no financieros generales de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia).

### **Persona que Califica (QI)**

Las personas elegibles conforme a QI recibirán ayuda para pagar su prima de la Parte B. Al igual que SLMB, QI no cubre otros gastos de

Medicare, como copagos, coseguro o deducibles. Para ser elegibles, los beneficiarios deben tener Medicare Parte A, tener un ingreso contable que sea de al menos 120 por ciento pero inferior al 135 por ciento del FPL actual (o un límite más alto fijado por el estado), tener recursos contables por debajo de ciertos límites establecidos y cumplir con los requisitos o las condiciones no financieros generales de elegibilidad para Medicaid en su estado (por ejemplo, ciudadanía, residencia) y no ser elegible para Medicaid.

Muchos CWIC se preguntan cuál es la diferencia entre SLMB y QI, además del límite de ingresos, dado que ambos programas solamente pagan la prima de la Parte B. Desde la perspectiva del beneficiario, hay una diferencia clave. Una persona que tiene Medicaid puede usar SLMB pero no QI. Las demás diferencias son todas administrativas. El QI es un programa federal de subsidios en bloque, por lo que la financiación se basa en la disponibilidad de los fondos de subsidio. Si el estado se queda sin fondos de bloque, la inscripción en QI puede cerrarse hasta que se encuentren disponibles nuevos fondos de subsidio.

Le brindaremos más información detallada sobre la manera en que las agencias estatales de Medicaid determinan el ingreso contable para las determinaciones de elegibilidad para MSP en el Capítulo 5. Para más información sobre los **Programas de Ahorros de Medicare** y sus requisitos de elegibilidad actuales, consulte la página web de MSP de Medicare (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medicare-savings-programs>). También puede leer información detallada sobre los MSP consultando un documento de recurso en el sitio web de NTDC titulado **Understanding Medicare Savings Programs** [Comprender los Programas de Ahorro de Medicare] (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=133>).

### **Opción 3: Subsidio por Bajos Ingresos de la Parte D**

Cuando el Congreso creó la Parte D, también creó un programa de asistencia financiera para ayudar a los beneficiarios con bajos ingresos a pagar por los gastos adicionales no cubiertos por la Parte D. El nombre formal de este programa de asistencia financiera es Subsidio por Bajos Ingresos (LIS), pero CMS y el Seguro Social también llaman a este programa "Ayuda Extra". A diferencia de los MSP, LIS no es un programa administrado por el estado. CMS administra el LIS, mientras

que el Seguro Social es principalmente responsable de recibir solicitudes de LIS y realizar determinaciones al respecto.

Con el LIS, los beneficiarios por lo general no tienen que pagar una prima mensual de la Parte D. CMS paga las primas subsidiadas al proveedor de medicamentos recetados (PDP) o al plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PDP) sobre la base de las primas de referencia regionales del área de servicios. Las personas elegibles para LIS que deciden participar en un plan más costoso son responsables de pagar la diferencia. Las personas elegibles para LIS tampoco tienen copagos, ni tienen que alcanzar un deducible anual. Para ser elegible para el LIS, una persona debe:

- Tener derecho a los beneficios en virtud Medicare Parte A o tener derecho a Medicare Parte B o ambos; y
- Residir en uno de los 50 estados o en el Distrito de Columbia; y
- Tener un ingreso contable de hasta el 150 por ciento del FPL y recursos menores o iguales a ciertos límites establecidos; o
- Ser “considerado elegible”. Se considera que los siguientes grupos son elegibles para LIS: Beneficiarios de Medicaid, beneficiarios de SSI, QMB, SLMB o QI. Las personas que se consideran elegibles no tienen que presentar solicitud para LIS, sino que CMS las inscribe automáticamente.

Las personas que no se consideren elegibles pueden solicitar LIS enviando una solicitud en línea en el sitio web del Seguro Social; llamando al 1-800-772-1213 para presentar su solicitud por teléfono; o presentar su solicitud en persona en una oficina local del Seguro Social. Una vez el Seguro Social haya recibido la solicitud, la agencia determina si el ingreso contable es igual o menor al porcentaje aplicable del FPL y si los recursos contables se encuentran por debajo de los límites aplicables.

La cobertura de la Parte D y las reglas de elegibilidad pueden ser complejas. Para más información sobre la Parte D y el LIS, consulte un documento de recurso en el sitio web de NTDC, **Medicare Part D and the Low-Income Subsidy** [Medicare Parte D y el Subsidio por Bajos Ingresos] (<https://vcu-ntdc.org/resources/viewContent.cfm?contentID=132>). También

encontrará información útil sobre la **Parte D y el LIS** en el sitio web del Seguro Social (<https://www.ssa.gov/benefits/medicare/prescriptionhelp.html>). Por último, consulte la **página web de Ayuda Extra de la Parte D** en el sitio web de CMS (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/find-your-level-of-extra-help-part-d>). Le brindaremos más información detallada sobre la manera en que el Seguro Social determina el ingreso contable para las determinaciones de elegibilidad para LIS en el Capítulo 5.

## **Medicare y el empleo**

Los beneficiarios siguen siendo elegibles para todas las partes de Medicare siempre y cuando sean elegibles para recibir pagos en efectivo. Esto significa que los beneficiarios que están trabajando, pero aún son elegibles para beneficios por discapacidad, no experimentarán interrupciones en su cobertura de Medicare. Los beneficiarios de los programas de discapacidad de Título II a menudo creen que la elegibilidad Medicare se detiene cuando se detienen los pagos en efectivo debido al trabajo a nivel de una SGA. De hecho, existen dos incentivos laborales incluidos en el programa de Medicare que, cuando se combinan, permiten a los beneficiarios conservar Medicare por un período indefinido si continúan teniendo una discapacidad luego de que los pagos en efectivo se detengan debido a una actividad laboral.

El primer incentivo laboral de Medicare se llama Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC). Siempre que la patología incapacitante continúe, los individuos que pierdan el derecho a los pagos por discapacidad del Título II debido a un trabajo a nivel de una SGA pueden usar el EPMC para conservar Medicare Parte A sin primas, así como también la opción de tener Parte B, Parte C y Parte D hasta al menos 93 meses después del final del Período de Trabajo de Prueba (TWP). En algunos casos, el período será mayor.

Una vez que los beneficiarios agotan el EPMC, pueden continuar la cobertura de Medicare a través del segundo incentivo laboral llamado Premium-Hi para el Trabajador Discapacitado. Este segundo incentivo laboral no tiene límite de tiempo, pero la persona debe continuar teniendo una discapacidad y debe comenzar a pagar (u obtener asistencia con el pago) de la prima de Parte A.

## **Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC)**

La Ley Boleto para Trabajar y Mejora de Incentivos Laborales de 1999 hizo un cambio importante al programa Medicare para beneficiarios que trabajan con discapacidades. Extendió significativamente la cantidad de tiempo que los beneficiarios que perdieron derecho debido a trabajo podían recibir Medicare. La norma, conocida como el Período Extendido de Cobertura Medicare (EPMC) se aplica a cualquiera que tenga actualmente la cobertura Medicare basada en los beneficios de discapacidad, siempre que continúe la condición de discapacitado. Conforme a la disposición de EPMC, cuando la elegibilidad de una persona para los beneficios de discapacidad finaliza debido a que ésta forma parte de una SGA o se demuestra la capacidad de la misma de formar parte de dicha actividad después de 36 meses posteriores a la finalización del Período de Trabajo de Prueba (TWP), la elegibilidad para Medicare continúa hasta que alguna de las siguientes opciones ocurra primero:

- El último día del 78<sup>o</sup> mes siguiente al primer mes de SGA que ocurra después del 15<sup>o</sup> mes del período de re-elegibilidad de la persona o, si ocurre después,
- La finalización del mes siguiente a que finaliza la elegibilidad del beneficio de discapacidad de la persona.

Si bien esto puede parecer complicado, en la práctica es en verdad bastante claro. El EPMC comprende varios períodos de tiempo clave:

- El final del TWP;
- Los primeros 16 meses del Período de Elegibilidad Extendido (EPE);
- El mes de cese; y
- Los 78 meses del EPMC.

El EPMC brinda al menos 93 meses de cobertura luego de finalizado el TWP. No es una coincidencia que los 15 meses más 78 meses arriba indicados equivalen a 93. Históricamente, la cobertura de Medicare solo se extendía a 15 meses del EPE. El Congreso extendió esta regla original de los 15 meses varias veces con el paso de los años. El Seguro Social tiene que usar este límite original al contar meses para



fines de EPMC. Debido a esto, según las normas actuales del EPMC, el período de conteo de EPCM nunca comenzará antes del mes 16 del EPE.

Noventa y tres meses es el período de tiempo mínimo durante el cual los beneficiarios tendrán Medicare si sus beneficios en efectivo se detienen debido al trabajo y siguen teniendo una discapacidad. El período puede extenderse (y generalmente se extiende bastante) dependiendo de cuándo ocurre el período de cese.

### **Cese antes del mes 14to del EPE:**

Si el cese se produce antes del 14to mes del EPE, hay dos posibilidades para cuándo finalizará el EPMC:

- Si también se produce una SGA en el mes 16to del EPE, el EPMC finalizará al menos 93 meses después del TWP. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.
- Si el beneficiario no realiza una SGA en el 16to mes del EPE, el EPMC finalizará 78 meses a partir de la primera vez en que el beneficiario realiza una SGA después del 16to mes. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.

### **Cese en el 14to mes o después del 14to mes del EPE:**

Si el cese se produce en el mes 14to del EPE o después, el EPMC finalizará 78 meses después del Período de Gracia. El beneficiario debe seguir teniendo una discapacidad durante todo este período.

Predecir el momento exacto en que finalizará el EPMC es imposible, a menos que se hayan producido tres hechos:

- El TWP ha finalizado;
- Se ha producido el cese; y
- La persona pasó el 16to mes del EPE.

Es imposible saber exactamente cuándo finalizaría el período de tiempo de EPMC de un beneficiario si el beneficiario todavía no ha participado en una SGA. Los meses de EPMC no comienzan hasta que se haya terminado el TWP, se haya presentado un trabajo de nivel de SGA y el Seguro Social haya establecido el mes de cese.

El EPMC es un incentivo laboral para los beneficiarios por discapacidad del Título II. NO es una forma de mantener Medicare cuando los beneficiarios pierden los beneficios debido a la recuperación médica. Las personas que utilizan el EPMC como base para su elegibilidad continua para Medicare deben continuar cumpliendo con el requisito de discapacidad del Seguro Social, aunque haya finalizado su derecho a recibir pagos de beneficios por discapacidad del Título II.

### **Hablar sobre el EPMC con los beneficiarios**

El EPMC puede ser muy complejo. Cuando se aconseja a los beneficiarios sobre este incentivo laboral, recuerde que el Seguro Social es el único lugar para informarse acerca de cuánto durará la cobertura. El EPMC depende de cuándo finalizó el TWP, si el cese ha tenido lugar, o incluso si el trabajo causó la finalización de los beneficios. El período de tiempo de EPMC de algunos beneficiarios puede haber pasado parcial o completamente sin que el beneficiario se dé cuenta. Es posible que un CWIC no tenga suficiente información acerca de los antecedentes laborales de la persona para determinar el final exacto del EPMC. Además, un CWIC no puede predecir el futuro. ¿La persona volverá a tener derecho a recibir beneficios en efectivo y, por lo tanto, Medicare regular? ¿El Seguro Social decidirá que el beneficiario ha mejorado médicamente? ¿La persona continuará trabajando? El mejor plan es enfatizar los aspectos positivos del EPMC en términos generales. Los puntos que los CWIC deben expresar son:

- Medicare continuará durante AL MENOS 93 meses después de que finalice el TWP sin importar cuánto gane un beneficiario. Los CWIC deben comunicar esto a los beneficiarios que aún se encuentran dentro de los primeros 15 meses de su EPE.
- Los beneficiarios que actualmente tienen derecho a Medicare tendrán AL MENOS 78 meses de cobertura Medicare después de que finalicen los beneficios en efectivo debido a un empleo de nivel SGA. Los CWIC deben comunicar esto a los

beneficiarios que se encuentran fuera de los 15 meses del EPE y que no cesaron durante los primeros 15 meses.

- Las personas que trabajan pero que no realizan una SGA mantendrán su cobertura Medicare simplemente debido al derecho continuo a beneficios por discapacidad del Título II.

### **Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan**

Al finalizar el EPMC, si una persona aún no está recibiendo beneficios en efectivo del Título II debido a un trabajo a nivel SGA, es posible que exbeneficiarios que aún tienen una discapacidad continúen con la cobertura de Medicare "adquiriendo" el programa de Medicare. Esta disposición se denomina "Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan".

Esencialmente, este incentivo laboral les permite a las personas con discapacidades que trabajan inscribirse en Medicare Parte A únicamente, o tanto en Parte A y Parte B, así como también en Parte D, pagando las primas mensuales. Un individuo que califica para esta disposición puede continuar "adquiriendo" Medicare mientras siga teniendo la discapacidad. Para inscribirse en Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan, el individuo debe tener menos de 65 años y:

- haber perdido el derecho a recibir Medicare Parte A sin prima solamente por estar realizando una SGA;
- continuar teniendo la discapacidad física o mental; y
- no ser elegible para recibir la cobertura Medicare por cualquier otro motivo.

Conforme a esta disposición, una persona no se puede inscribir a Medicare Parte B sin inscribirse también en la Parte A. No existe ninguna disposición que les permita a los individuos comprar solamente Medicare Parte B. Las personas pueden comprar la Parte A por sí sola o la Parte A y Parte B juntas.

Una persona puede inscribirse en Premium-HI para Personas Discapacitadas que Trabajan durante cualquier período de inscripción en Medicare. La prima de Parte A para individuos con discapacidades que trabajan no está sujeta a aumentos por inscripción tardía. La prima de la Parte B, según la disposición de la Premium HI para Individuos con

Discapacidades que Trabajan, está sujeta a aumentos en caso de inscripciones tardías, según las normas de recargo de la prima de Parte B. Si un individuo estuvo pagando la prima de Parte B aumentada durante el último mes del tiempo en que tuvo derecho a recibir Parte A sin prima, pero se inscribe en la Parte B según la disposición de Personas con Discapacidades que Trabajan durante su Período de Inscripción Inicial, la prima de la Parte B vuelve a tener la tasa estándar y se detiene el recargo.

Premium HI para Individuos con Discapacidades que Trabajan continúa hasta que se cumpla uno de los siguientes plazos:

- El final del mes que le sigue al mes en que el Seguro Social notifica al individuo sobre el hecho de que ya no tiene la discapacidad;
- El final del mes que le sigue al mes en que el individuo presenta una solicitud de cancelación de Premium HI;
- El final del mes anterior al mes en que la persona vuelve a adquirir el derecho a recibir Premium HI de forma gratuita, como cuando el beneficiario tiene derecho a la Parte A de Medicare debido a la edad o vuelve a tener derecho a los beneficios por discapacidad del Título II sin el requisito de cumplir otro período de calificación. En este caso, la cobertura de Parte B continúa sin interrupciones. (El monto de la prima de Parte B vuelve a ser el importe estándar, desde el primer mes en que el individuo vuelve a adquirir el derecho a recibir HI sin prima, si pagó una tasa aumentada por inscripción tardía);
- En final del período de gracia para no pagar las primas; o
- Fecha de fallecimiento.

### **Pagar las primas de Medicare durante Premium HI para Personas con Discapacidades que Trabajan**

Las personas que adquieren Medicare a través de premium HI reciben una factura por sus primas de las Partes A y B de manera trimestral. Una característica especial del programa Premium HI es que ciertas personas son elegibles para primas de la Parte A reducidas si tienen antecedentes laborales suficientes. Además, los estados tienen que pagar las primas de la Parte A (pero no las de la Parte B) de ciertas

personas en virtud de un tipo especial de Programa de Ahorros de Medicare denominado Personas Calificadas con Discapacidades y en Actividad Laboral (QDWI). El QDWI es un beneficio diseñado para personas menores de 65 años que tienen una discapacidad y ya no tienen derecho a recibir Seguro Hospitalario de Medicare Parte A solamente porque pudieron regresar a trabajar exitosamente. Para ser elegible para esta ayuda, una persona debe:

- Seguir teniendo un impedimento discapacitante;
- Inscribirse para recibir Seguro del Hospital por una Prima (Parte A);
- Tener un ingreso contable de hasta el 200 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL);
- Tener recursos contables que valgan menos que una cantidad establecida; y
- Aún no es elegible para Medicaid.

Encontrará información detallada sobre **Premium HI para Personas con Discapacidades que Trabajan** disponible en la Guía del Sistema de Procedimientos Operacionales (POMS) del Seguro Social (<https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0600801170>).

Encontrará más información sobre los **requisitos de elegibilidad de QDWI** disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/medicare-savings-programs>).

## **Efecto sobre el Programa de Ahorros de Medicare y el Subsidio por Bajos Ingresos**

Debido a que los MSP y LIS son programas basados en necesidades financieras, cuando una persona comienza a trabajar, el aumento en los ingresos podría causar que cambie su elegibilidad de un nivel a otro o finalice por completo. En algunos casos, ir a trabajar podría permitir que un beneficiario establezca elegibilidad para cobertura de MSP o LIS si los salarios son lo suficientemente altos como para causar que se detenga el pago por discapacidad del Título II. Para evaluar el efecto que tiene el trabajo sobre los MSP y el LIS, los CWIC usan hojas de cálculo especiales para determinar el ingreso contable total (incluidos los salarios reales o la meta de ingresos) y luego comparar esa cifra con

los niveles de FPL aplicables. Calcular el ingreso contable para las determinaciones de MSP y LIS es complicado y está basado en métodos que introducimos más adelante en el capítulo en el programa de Ingreso Complementario del Seguro (SSI). Cubriremos los procesos de cálculo de los ingresos para MSP y LIS detalladamente en el Capítulo 6, luego de que haya aprendido sobre las metodologías de determinación de ingresos del SSI.

## **Cuándo finaliza Medicare**

La cobertura de Medicare finaliza en las siguientes circunstancias:

1. La cobertura de Medicare se detendrá si el Seguro Social decide que la persona ya no cumple con el estándar por discapacidad. La cobertura Medicare se detendrá en el mes posterior al mes en que la persona reciba la notificación de que el Seguro Social ha finalizado sus beneficios por discapacidad. No existe retroactividad para la finalización de Medicare.
2. La elegibilidad para Medicare también cesará después de que finalice el EPMC para personas que trabajen hasta dejar de tener derecho a recibir beneficios en efectivo, a menos que la persona adquiera Premium HI para Personas con Discapacidades que Trabajan.
3. Para retener la cobertura de Medicare Partes B y D (y la Parte A en virtud de Premium HI para Personas con Discapacidades que Trabajan), los beneficiarios deben pagar las primas aplicables. No pagar las primas de Medicare podrá tener como resultado la extinción de la Parte de Medicare aplicable.
4. Cuando los beneficiarios por discapacidad del Título II cumplen 65 años de edad, el derecho a Medicare basado en la discapacidad finaliza y comienza la elegibilidad para Medicare sobre la base de la edad. No hay ninguna interrupción en la cobertura y los beneficiarios no tienen que volver a inscribirse en Medicare. Si el beneficiario tenía penalidades de prima, estas no pasarán a este nuevo período de derechos. El empleo no afecta el derecho a recibir beneficios de Medicare basados en la edad

## Derivaciones de Medicare

Los beneficiarios de Medicare tienen que tomar decisiones que determinarán la forma en la que recibirán Medicare. Tienen la opción de conservar Medicare original o inscribirse en un Plan de Medicare Advantage. Los beneficiarios también eligen un proveedor específico para su Plan de Medicare Advantage y su plan Parte D. Los CWIC deben entender los aspectos básicos de estas opciones de Medicare, pero también deberán trabajar con las organizaciones que brindan servicios completos de orientación sobre Medicare. Algunos beneficiarios tienen preguntas o problemas que quizás requieran que el CWIC derive al beneficiario a una organización externa para solicitar asistencia.

## Programas de Asistencia y Orientación del Seguro de Salud del Estado (SHIP)

En cada uno de los 50 estados, un Programa de Asistencia y Orientación del Seguro de Salud del Estado (SHIP) ofrece orientación gratuita e individual sobre Medicare a las personas mayores y a las personas con discapacidades. Los SHIP ayudan a los beneficiarios a tomar decisiones informadas acerca de su cobertura Medicare y sirven para responder preguntas acerca de facturas, apelaciones y derechos del consumidor en relación con Medicare. **Se puede encontrar más información sobre estos servicios suministrados por los SHIP y un enlace a los sitios Web estatales de los SHIP** (<https://www.shiphelp.org>).

## Próximos pasos

Este capítulo brinda una descripción general básica de los conceptos de Medicare con los que se encuentran los CWIC en su trabajo diario. No brinda información suficiente para que brinde orientación completa y detallada a los beneficiarios sobre asuntos complejos de Medicare, en particular asuntos relacionados con el efecto que tiene el trabajo sobre la cobertura y los programas que ayudan a pagar gastos adicionales de Medicare.

Para desarrollar más conocimientos y experiencia en Medicare, deberá completar capacitaciones adicionales, realizar investigaciones y

consultar a su Enlace de Asistencia Técnica (TA) de VCU. Para profundizar su entendimiento del programa de Medicare y mejorar la calidad del asesoramiento que proporciona, recomendamos que tome estos próximos pasos:

1. El NTDC de VCU ofrece un amplio abanico de **materiales de recursos sobre Medicare** en su sitio web ([https://vcu-ntdc.org/resources/resourceDetail\\_search.cfm?id=5#Medicare](https://vcu-ntdc.org/resources/resourceDetail_search.cfm?id=5#Medicare)). En particular, hay documentos detallados que cubren parte de los temas más complejos presentados en este capítulo.
2. VCU ofrece un curso web de cuatro semanas sobre el programa de Medicare varias veces cada año. Recomendamos que todos los CWIC completen este curso web en el primer año de empleo para reforzar los conceptos que aprendieron durante la capacitación inicial y refuercen su comprensión de la manera en que el empleo paga afecta la cobertura de Medicare y los programas que ayudan a pagar los gastos adicionales de Medicare. Una vez que obtenga su certificación provisional como CWIC, comenzará a recibir avisos por correo electrónico sobre cuándo abre el período de inscripción para cursos web del NTDC.
3. El sitio web del NTDC de VCU contiene muchas sesiones de capacitación archivadas que cubren diversos conceptos de Medicare. Puede encontrar una lista de **sesiones de capacitación complementaria archivadas** en el sitio web del NTDC (<https://vcu-ntdc.org/training/supplemental/archives.cfm>).
4. Este capítulo contiene enlaces a excelentes recursos para obtener más información sobre Medicare. Debe tenerlos en cuenta cuando necesite informarse mejor.



